

PROPOSITIONS

N° 55.

SUR QUELQUES MALADIES

DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 22 mars 1832, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR CLAUDE-BENOÎT-MARIE GUILLOT, de Villefranche,
Département du Rhône.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.

Anatomie.....

Physiologie.....

Chimie médicale.....

Physique médicale.....

Histoire naturelle médicale.....

Pharmacologie.....

Hygiène.....

Pathologie chirurgicale.....

Pathologie médicale.....

Pathologie et thérapeutique générales.....

Opérations et appareils.....

Thérapeutique et matière médicale.....

Médecine légale.....

Accouchemens, maladies des femmes en couches et
des enfans nouveau-nés.....

Clinique médicale.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique d'accouchemens.....

MESSIEURS

CRUVEILHIER.

BÉRARD.

ORFILA.

PELLETAN.

RICHARD.

DEYEUX.

DES GENETTES, *Suppléant.*

MARJOLIN, *Examinateur.*

JULES CLOQUET.

DUMÉRIL.

ANDRAL, *Président.*

BROUSSAIS.

RICHERAND.

ALIBERT.

ADELON.

MOREAU, *Examinateur.*

LEROUX, *Examinateur.*

FOQUIER.

BOUILLAUD.

CHOMEL.

BOYER.

DUBOIS.

DUPUYTREN.

ROUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.

BAUDELLOCQUE.

BAYLE.

BLANDIN.

BOUVIER.

BRIQUET.

BRONGNIART.

COTTEREAU, *Suppléant.*

DANCE.

DEVERGIE.

DUBLED.

DUBOIS.

MM.

GERDY.

GIBERT.

HATIN.

LISFRANC, *Examinateur.*

MARTIN SOLON.

PIORRY, *Examinateur.*

ROCHOUX.

SANDRAS.

TROUSSEAU.

VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE
ET
DE MA MÈRE.

Hommage de reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS.

Témoignage d'attachement et d'amitié.

C. - B. - M. GUILLOT.

PROPOSITIONS

SUR QUELQUES MALADIES

DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

L'INFLAMMATION du parenchyme pulmonaire (*pneumonie*, *péripneumonie* des auteurs) est une des maladies que l'on observe le plus fréquemment; on la rencontre dans tous les pays : mais cependant on peut dire qu'elle est plus fréquente dans les pays septentrionaux. Sa gravité est à peu près la même partout.

Les causes sous l'influence desquelles elle se développe peuvent être divisées en *extérieures* et en *intérieures*. Parmi les premières, on trouve d'abord les saisons froides et humides : en général, la fin de l'hiver et le printemps sont remarquables par un grand nombre de pneumonies. Viennent ensuite l'exposition à des courans d'air froid, surtout lorsque le corps est en sueur; certaines professions, telles que celles de tailleur, de boulanger; les cris, les chants, l'inspiration de vapeurs irritantes.

On peut encore admettre comme causes *extérieures* de la pneumonie des coups violens portés sur le thorax : M. Andral cite une observation de ce genre dans sa Clinique médicale.

Parmi les causes *intérieures*, c'est-à-dire celles qui dépendent de

l'individu même, les plus nombreuses et les plus évidentes sont les affections des divers organes : ainsi, l'état tuberculeux des poumons les dispose à s'enflammer sous l'influence de la moindre cause extérieure, et peut déterminer lui-même cette inflammation.

La fièvre typhoïde est fréquemment compliquée de pneumonie, qui se montre alors sous forme insidieuse.

Les exanthèmes cutanés aigus offrent aussi souvent cette complication, qui constitue le caractère de malignité que les anciens auteurs lui attribuaient alors.

M. *Broussais* admet encore comme cause de pneumonie le refoulement du sang de l'extérieur à l'intérieur pendant le frisson des fièvres intermittentes.

L'affaiblissement de l'économie qui existe dans la convalescence succédant à une longue maladie dispose à contracter des pneumonies avec la plus grande facilité; il en est de même pendant le cours des maladies chroniques.

Laennec avait admis une pneumonie des agonisants; mais c'est plutôt un engouement passif du poumon qui a lieu dans les derniers instans de la vie, qu'une véritable inflammation.

Aucun âge n'est à l'abri de la pneumonie; elle est cependant plus fréquente chez les enfans et chez les adultes. Quant à l'influence exercée par les sexes sur la production de cette maladie, aucun fait ne la prouve rigoureusement; si les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes, c'est qu'ils sont, par leur position sociale, plus exposés que les femmes aux causes nombreuses qui peuvent lui donner naissance.

Souvent les causes de la pneumonie sont inappréciables, et l'on est obligé d'admettre une disposition particulière de certains individus à la contracter. M. *Chomel* cite un individu qui en fut repris dix fois, sans qu'on pût l'attribuer à aucune cause apparente. (Dict. de méd., art. *Pneumonie*.)

Le diagnostic de la pneumonie se déduit presque exclusivement des signes fournis par l'expectoration et par l'auscultation. Depuis

la découverte de ce dernier mode d'exploration, on peut parvenir presque toujours à la reconnaître d'une manière certaine, sous quelque forme qu'elle se présente. Il y a cependant des cas où l'auscultation et l'expectoration ne donnent aucun signe; la maladie est alors méconnue nécessairement.

Les symptômes, soit généraux, soit locaux, peuvent présenter une foule de variétés : ainsi la toux peut manquer entièrement ; elle peut être légère et peu fatigante, ou extrêmement pénible pour le malade. L'expectoration peut exister sous diverses formes : le plus souvent, au début, elle ne peut servir à caractériser la maladie ; car alors elle est parfaitement semblable à celle de la bronchite aiguë. C'est seulement vers le deuxième ou le troisième jour que la coloration des crachats commence à se manifester. Dans quelques cas, rares à la vérité, on a vu les crachats teints d'une forte couleur de rouille dès les premiers jours.

L'expectoration peut disparaître sans que la maladie soit terminée, de même qu'elle peut persister long-temps encore après que tous les autres symptômes ont cessé.

Chez les vieillards, les crachats sont quelquefois opaques, d'un gris rougeâtre, et forment des plaques au fond du vase.

Lorsque les crachats ont une odeur très-fétide, une couleur gris cendré et une consistance semblable à celle d'une dissolution de gomme, on doit penser que la pneumonie se termine par gangrène.

Dans quelques cas cependant cette terminaison a lieu sans que l'expectoration ait subi aucun changement appréciable.

La dyspnée, que l'on observe si fréquemment dans la pneumonie, et qui peut offrir divers degrés d'intensité, manque quelquefois entièrement : ce fait s'observe principalement dans les pneumonies graves intercurrentes.

Dans la pneumonie simple, la douleur est presque nulle ; lorsqu'elle existe à un certain degré, on peut conclure qu'il y a en même

temps une inflammation de la plèvre ; ce qui constitue la pleuro-pneumonie.

Si la percussion fait reconnaître une matité du son très-prononcée, on doit penser qu'il y a un épanchement pleurétique, surtout s'il a existé une douleur de côté ; car dans la pneumonie exempte de cette complication, on observe plutôt une simple diminution de sonorité qu'une véritable matité.

Les signes fournis par l'auscultation peuvent manquer entièrement pendant tout le cours d'une pneumonie ou seulement pendant les premiers jours. Le râle crépitant sec est le seul caractéristique. Ce râle présente plusieurs variétés ; quelquefois on l'entend seulement par intervalles ; tantôt il n'est pas appréciable dans les inspirations ordinaires, mais seulement après les inspirations profondes ; tantôt il est appréciable dans les inspirations ordinaires, d'une manière continue, mais mêlé au bruit respiratoire ; d'autres fois, existant d'une manière continue, il remplace complètement le bruit respiratoire.

On peut l'entendre dans un seul point ou dans plusieurs points disséminés. Il peut persister seul jusqu'à la terminaison de la maladie, en diminuant peu à peu, et étant remplacé à la fin par le bruit respiratoire naturel ; ou bien il disparaît complètement lorsque la maladie passe au deuxième degré, les vésicules pulmonaires cessant d'être perméables à l'air dans le point affecté : dans ce cas, la respiration bronchique lui succède. Si la maladie se termine par guérison, il reparaît, et il est dit *râle de retour*.

Le râle crépitant peut persister quand tous les autres symptômes ont disparu, et que le malade est en convalescence : il annonce alors ou une pneumonie latente, ou, s'il est humide, un engorgement séreux ou œdème pulmonaire. Si le malade reprend ses forces, son embonpoint, cette persistance n'a rien de fâcheux ; mais dans le cas contraire, on doit se tenir en garde contre une récurrence ; on a même à redouter, dans quelques cas, le développement des tubercules, pour peu que le malade y soit disposé.

Les vésicules pulmonaires étant complètement imperméables à l'air, ce qui constitue le deuxième degré de la pneumonie, la respiration bronchique se présente alors avec toutes ses variétés, telles que respiration puérile, respiration trachéale, souffle tubaire, souffle voilé.

La respiration bronchique et ses variétés peut se percevoir dans les inspirations et les expirations, mais on l'entend rarement quand il y a épanchement pleurétique. La bronchophonie l'accompagne toujours.

Tous ces signes peuvent être obscurcis par des phénomènes tenant à l'état pathologique des bronches, existant depuis plus ou moins de temps. Des râles de différente nature sont alors produits, et masquent entièrement surtout les signes du premier degré.

Les symptômes généraux de la pneumonie n'offrent pas moins de variétés que les symptômes locaux; son invasion est quelquefois précédée de prodromes, tels que malaise général, mouvement fébrile très-prononcé, sans qu'on puisse le rapporter à aucune lésion pendant quelques jours. D'autres fois c'est une simple bronchite aiguë qui se manifeste d'abord; l'inflammation s'étend alors par degrés des grosses bronches aux plus petites, et enfin aux vésicules pulmonaires. L'invasion a souvent lieu d'une manière brusque, au milieu de la plus parfaite santé; elle débute alors le plus ordinairement par un frisson plus ou moins prolongé, accompagné de douleur de côté, de dyspnée, de fièvre, de toux.

Le frisson peut manquer, la douleur de côté se montrant seule au début; d'autres fois elle manque, ainsi que le frisson, et on observe une toux et une oppression plus ou moins intenses.

Le poulx, qui en général est large, fréquent, développé, est quelquefois remarquable par son extrême petitesse, et reprend sa force après une saignée. La coloration de la face n'a rien de constant; elle est tantôt pâle, tantôt rouge, tantôt livide, violacée, lorsque la dyspnée est très-forte. On observe, dans certains cas, une teinte jaune particulière de la face, qui coïncide ordinairement avec l'infiltration purulente du poulmon.

La pneumonie aiguë qui survient dans le cours d'une affection organique du cœur se complique souvent d'hydropisie.

L'exhalation cutanée peut subir diverses modifications ; la peau est sèche ou moite ; quelques malades ont des sueurs abondantes pendant tout le cours de leur maladie ; d'autres ont la peau sèche au commencement , et suent abondamment vers la fin. L'établissement des sueurs fait quelquefois juger favorablement la maladie.

Dans le traitement de la pneumonie aiguë, les émissions sanguines tiennent, sans contredit, le premier rang. Leur emploi a pour but non-seulement de diminuer la masse totale du sang, mais encore de dégorger directement le poumon. Elles n'ont pas la même influence chez tous les malades : chez quelques-uns, une saignée pratiquée au début fait disparaître presque subitement la pneumonie ; chez d'autres, et ceux-ci forment le plus grand nombre, pratiquées au début ou quelque temps après, les saignées modèrent seulement l'inflammation, et la font marcher vers une terminaison heureuse. Enfin il est un certain nombre de cas où elles n'ont aucune influence sur la maladie, qui n'en marche pas moins vers une terminaison fatale.

La saignée du bras est celle que l'on doit employer en général, et l'on ne doit avoir recours aux saignées locales que lorsqu'il existe une douleur pleurétique assez intense, qui persiste encore après la générale, ou bien quand le malade est très-faible : dans le plus grand nombre des cas elle doit être répétée quatre ou cinq fois dans le cours de la maladie, et chaque fois de douze onces environ. Si la maladie est aiguë, on la répète deux fois dans le même jour. Dans ce dernier cas, pour obtenir en peu de temps une évacuation sanguine plus abondante, on peut ouvrir en même temps les veines des deux bras. Le moment le plus favorable pour cette opération est celui du paroxysme, qui a lieu vers le soir.

Les médecins italiens ont porté le nombre des saignées jusqu'à seize dans le cours d'une pneumonie : mais faites ainsi outre mesure, il en pourrait résulter du danger pour le malade, à cause de l'affaiblissement extrême dans lequel il serait jeté.

Les circonstances qui doivent faire répéter la saignée sont la gêne de la respiration, quoique d'ailleurs le pouls soit petit et peu fréquent, ce qui arrive quelquefois ; la couleur rouillée très-foncée des crachats, l'intensité du mouvement fébrile. On peut saigner indifféremment à toutes les époques de la maladie, et on ne doit se régler pour cela que d'après les symptômes.

La suppression de l'expectoration n'est pas un obstacle à la saignée, qui est souvent un bon moyen pour la rétablir.

La pneumonie intercurrente qui se montre quelquefois dans les fièvres éruptives doit aussi être combattue par la saignée : l'éruption n'en sera aucunement entravée.

Les émissions sanguines sont-elles donc indispensables dans le traitement d'une pneumonie ? Non certainement ; car on a plus d'un exemple de guérison obtenue sans qu'on y ait eu recours. Mais comme leur efficacité ne saurait être contestée, il est toujours prudent de les employer, parce qu'on ne peut prévoir de quelle manière se terminera la maladie.

D'ailleurs elles ne sauraient être nuisibles que dans quelques circonstances faciles à reconnaître, comme, par exemple, quand il y a débilité excessive, ce qui s'observe surtout chez les vieillards, ou bien encore dans certaines pneumonies graves qui règnent épidémiquement, et contre lesquelles non-seulement les évacuations sanguines échouent, mais peuvent déterminer des accidens. Les révulsifs cutanés ne sont pas sans avantage dans le traitement de la pneumonie ; la manière de les appliquer n'est pas non plus indifférente.

Suivant M. *Chomel*, on ne doit pas employer les vésicatoires dès le début de la maladie, dans la crainte de voir leur application produire une excitation assez forte pour augmenter le mouvement fébrile et réagir d'une manière fâcheuse sur l'inflammation du poulmon. Il ne faut y avoir recours que lorsqu'on ne peut plus pratiquer d'émissions sanguines pour combattre soit la dyspnée, soit la douleur pleurétique. Ce professeur conseille de les placer alors sur les parties

mêmes des parois thoraciques qui recouvrent la portion malade du poumon, et de leur donner une étendue de sept à huit pouces.

Le tartre stibié donné à hautes doses, d'après la méthode contro-stimulante, a été regardé par les médecins italiens comme spécifique de la pneumonie. *Razori* et *Thomasini* l'ont donné depuis quatre à cinq grains jusqu'à un gros dans les vingt-quatre heures, pendant huit ou dix jours de suite. En France, où on a coutume de l'associer aux préparations opiacées, on n'en a pas porté la dose si haut.

Les effets produits par ce médicament donné à haute dose varient suivant les individus : il est des malades qui n'éprouvent aucun inconvénient de son emploi; d'autres ont des nausées, des vomissemens plus ou moins intenses, une diarrhée violente avec ballonnement et douleurs de ventre; mais ces derniers accidens graves ne s'observent que rarement; le plus grand nombre des malades n'éprouvent que des nausées ou des vomissemens assez légers.

D'après des expériences faites par M. *Andral*, ce professeur pense qu'en prenant les précautions convenables, on peut donner le tartre stibié dans la pneumonie avec autant de probabilité de succès que si l'on employait les autres moyens de traitement.

L'exhalation sanguine de la muqueuse bronchique, que l'on désigne sous le nom d'hémoptysie ou *crachement de sang*, est, le plus souvent, symptomatique d'une autre affection; mais dans un certain nombre de cas, elle peut exister sans qu'il y ait aucune lésion soit du poumon, soit des autres organes. On a vu des individus affectés de fréquens crachemens de sang dans leur jeunesse, parvenir à un âge avancé sans que leur santé fût en rien altérée. L'opinion de M. *Louis*, qui pense que toute hémoptysie est nécessairement liée à la tuberculisation des poumons, ne saurait donc être admise.

L'hémoptysie peut présenter quelques difficultés relativement à son diagnostic : on peut la confondre avec l'épistaxis, lorsque le sang fourni par la muqueuse nasale est retombé dans l'arrière-gorge, s'y est caillé, puis a été rejeté par la toux que sa présence a déterminée ;

mais on n'y remarque aucune bulle d'air, et en même temps il y a presque toujours un écoulement sanguin par le nez.

Les crachats teints de sang qui caractérisent la pneumonie pourraient quelquefois faire croire à une hémorrhagie bronchique; on peut les distinguer de ceux de l'hémoptysie, en remarquant que dans cette dernière affection le sang est entièrement séparé des mucosités, tandis que dans la pneumonie il est intimement combiné avec elles.

Lorsqu'un anévrysme de l'aorte vient à s'ouvrir dans l'intérieur des bronches, le sang est alors rejeté par flots et comme par vomissement, et la mort ne tarde pas à survenir : et alors le diagnostic est facile et devient inutile ; mais il devient beaucoup plus difficile lorsque l'ouverture de communication du sac anévrysmal avec la cavité des bronches est très-étroite. Le sang alors ne peut passer qu'en petite quantité, et on peut croire à une exhalation de la muqueuse des voies aériennes. Les circonstances commémoratives et l'étude approfondie de l'état actuel du malade, peuvent seules éclairer le diagnostic.

L'hémoptysie affecte diverses formes : tantôt elle consiste en un simple crachement de sang peu abondant; tantôt ce crachement est accompagné d'une toux légère, qui ne fatigue nullement le malade; tantôt il y a en même temps toux forte et anxiété, avec oppression fatigante. Le sang peut être rejeté en telle quantité, que le malade croie le vomir.

Le sang expectoré est vermeil, spumeux, quand il a été rejeté peu de temps après avoir été séparé de la muqueuse; il est au contraire noir, coagulé, quand il a séjourné quelque temps dans les bronches avant d'être expectoré.

L'hémoptysie idiopathique s'observe principalement dans la jeunesse chez les individus pléthoriques, lorsqu'un mouvement fluxionnaire a lieu vers le poumon, par suite de la suppression du flux hémorrhoidal ou des menstrues chez les femmes. L'abus des plaisirs vénériens peut également donner lieu à cette hémorrhagie.

Il paraît aussi que l'usage de certains alimens a pu déterminer des

hémoptysies. *Joseph Frank* dit avoir connu un homme qui ne pouvait manger du miel sans être pris d'un crachement de sang. *Quarin* en cite un autre chez qui le même accident avait lieu quand il mangeait des asperges.

L'hémoptysie symptomatique est le plus souvent liée à une affection des poumons ; elle peut aussi reconnaître pour cause une lésion organique du cœur.

La compression que produisent les hydropisies abdominales, dans lesquelles le volume du ventre est considérablement augmenté, donne lieu quelquefois à des crachemens de sang. *Stoll* fit cesser à plusieurs reprises un accident de cette nature qui était survenu chez un hydro-pique, en faisant pratiquer la ponction chaque fois que le volume du ventre, augmenté, ramenait cette hémorrhagie.

On peut dire que l'hémoptysie n'est une maladie grave que lorsqu'elle est symptomatique ; dans le cas contraire, elle ne compromet nullement la vie du sujet qui en est affecté, surtout s'il est bien constitué, d'un tempérament sanguin, ayant la poitrine large, et si elle n'est pas trop fréquente et trop abondante. Lorsqu'elle succède, dans ces circonstances, à la suppression de quelque hémorrhagie habituelle, elle est plus salutaire que dangereuse.

Chez les phthisiques, l'hémoptysie, qui se montre si fréquemment, a lieu, le plus souvent, pendant la période de crudité des tubercules ; on l'observe plus rarement quand les tubercules sont ramollis, et plus rarement encore quand il existe des cavernes. La moindre cause suffit pour lui donner naissance ; une émotion morale, l'exaltation d'un sens, la déterminent. *M. Andral* cite dans ses leçons un phthisique qui ne pouvait entendre de la musique sans être pris d'un crachement de sang.

La saignée, au moyen de laquelle on combat avec tant de succès l'hémoptysie idiopathique, doit être employée avec ménagement quand elle est symptomatique. Il faut alors avoir égard à la nature de la maladie principale et à l'état du malade.

Dans le cas de phthisie pulmonaire, si le sujet est fort, le pouls

dur, et si c'est au commencement de la formation des tubercules que survient l'hémoptysie, la saignée peut être très - utile. Quelquefois cependant elle est sans effet avantageux, et semble, au contraire, augmenter l'hémorrhagie.

Des vésicatoires appliqués au bras ont, dans certains cas, arrêté des hémoptysies qui avaient résisté aux émissions sanguines; d'autres fois ils n'ont fait que les exaspérer.

Les astringens comptent aussi quelques succès : le célèbre Grétry n'avait pas de meilleur moyen, pour suspendre les fréquens crachemens de sang dont il était atteint, que des pilules astringentes composées de cachou, de conserve de roses, d'ipécacuanha et d'extrait d'opium.

Les tubercules, qui constituent le caractère de la phthisie pulmonaire, peuvent se former en même temps dans presque tous les autres organes de l'économie. On trouve dans la Clinique médicale de M. *Andral* deux observations de ces productions développées dans le corps des vertèbres et dans le tibia de deux phthisiques. Dans le poumon ils ont leur siège, tantôt dans les vésicules pulmonaires, tantôt dans les ganglions et les vaisseaux lymphatiques, tantôt dans le tissu cellulaire inter-vésiculaire : ce dernier cas est le plus fréquent; les vésicules sont alors comprimées par la matière tuberculeuse, et leur cavité étant ainsi ou diminuée ou annulée, on trouve à l'autopsie celles qui sont les plus rapprochées considérablement dilatées comme pour suppléer à celles qui manquent.

Chez les enfans, les ganglions lymphatiques sont souvent affectés de tuberculisation avant que le poumon en présente aucun signe. Les ganglions mésentériques sont ceux qui se tuberculisent le plus facilement.

Une des altérations organiques que l'on rencontre le plus souvent chez les phthisiques, et surtout chez les femmes, c'est la dégénérescence graisseuse du foie. On y trouve aussi des tubercules, ainsi que dans les parois de la vésicule biliaire, et jusque dans celles des conduits

biliaires, qui peuvent ainsi être oblitérés, ce qui explique parfaitement l'ictère qui survient dans le cours de quelques phthisies.

Suivant M. *Louis*, les ulcérations que l'on observe dans le larynx et dans la trachée-artère coïncident constamment avec la présence de tubercules dans le poumon, à moins que le sujet soumis à l'observation n'ait été atteint d'une affection syphilitique. L'épiglotte est fréquemment ulcérée, et quelquefois complètement détruite. Le pharynx et l'œsophage sont plus rarement le siège de ces ulcérations.

L'estomac présente des lésions remarquables chez les quatre cinquièmes des individus qui succombent à la phthisie; on peut les rapporter aux suivantes : 1°. simple rougeur uniforme ou pointillée de la membrane muqueuse; 2°. teinte grise ardoisée, liée en général à un état de phlegmasie chronique; 3°. ramollissement de la muqueuse avec coloration rouge ou blanchâtre; 4°. son amincissement : elle est alors blanche; 5°. dans quelques cas rares, son épaissement; 6°. un mamelonnement très-prononcé de cette membrane, occupant quelquefois toute son étendue, mais plus souvent seulement une partie, et alors préférablement la région pylorique; 7°. beaucoup plus rarement encore, des ulcérations en nombre variable; 8°. quelquefois des tubercules.

M. *Louis* a constaté, dans un certain nombre de cas, un déplacement et une augmentation de volume de l'estomac.

Le duodénum est rarement altéré; on y trouve quelquefois un pointillé noir et des ulcérations petites et peu nombreuses.

Les lésions de l'intestin grêle sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche plus du cœcum. Les ulcérations s'observent surtout dans les plaques de *Peyer*, et paraissent succéder à la fonte de tubercules : plusieurs d'entre elles tendent à s'étendre en profondeur jusqu'au péritoine, qu'elles peuvent enflammer et perforer.

Le gros intestin est en général moins altéré que l'intestin grêle; M. *Andral* a trouvé chez un phthisique une portion du colon entièrement gangrénée.

La fistule à l'anus n'est pas plus fréquente chez les phthisiques que chez les autres sujets.

Les douleurs qu'éprouvent les phthisiques coïncident toujours, comme dans la pneumonie, avec l'inflammation de la plèvre, et elles ont leur siège sous les clavicules, entre les épaules, ou bien sur les parties latérales de la poitrine; elles sont fixes ou ambulantes, variables en intensité, et augmentent par l'inspiration et par la toux. Souvent cependant, à l'autopsie, on trouve de nombreuses adhérences de la plèvre, sans que jamais le malade ait accusé la moindre douleur.

Ordinairement la dyspnée commence avec la toux; d'autres fois elle la précède, et n'est guère appréciable pour le malade que lorsqu'il fait des efforts soit pour parler, soit pour marcher vite ou monter un escalier; elle peut acquérir divers degrés d'intensité, mais elle augmente toujours en raison directe des progrès de la maladie.

Il n'y a pas de toux caractéristique de la phthisie pulmonaire; il faut cependant redouter les toux petites, sèches, tenaces pendant long-temps, qui ressemblent à la toux nerveuse, et passent pour telles parmi les gens du monde. Cette toux peut exister pendant plusieurs années avant qu'on ne puisse reconnaître aucun signe de tuberculisation.

D'autres fois, des individus s'enrhument et deviennent presque aussitôt phthisiques; ou bien la toux ne survient que lorsque déjà il existe des signes prononcés de l'affection.

On observe chez quelques phthisiques une toux violente, revenant par quintes, accompagnée de dyspnée, de douleurs et quelquefois de vomissemens: on peut la confondre avec les quintes de la coqueluche.

L'expectoration présente diverses variétés suivant les périodes de la phthisie. Lorsque les tubercules sont crus, elle est souvent nulle; ou si elle existe, elle ressemble assez bien à celle de la bronchite. Lorsque les tubercules se sont ramollis, les crachats sont mêlés de fila-

mens denses, blanchâtres ; quelquefois on y trouve des grumeaux d'un blanc mat, qu'on écrase facilement sous le doigt : ils semblent être de petits fragmens de tubercules.

La sécrétion des amygdales peut donner lieu à des grumeaux à peu près semblables.

Si des cavernes succèdent aux tubercules, et qu'il s'établisse brusquement une communication entre leur intérieur et la cavité des bronches, il y a alors expulsion d'une quantité considérable de matière tuberculeuse ramollie (vomique).

On rencontre quelquefois au milieu des crachats des fragmens de tubercules assez gros, des fragmens de poumons, des concrétions calculeuses, des fausses membranes, des hydatides.

L'expectoration, qui peut manquer pendant tout le cours d'une phthisie, suivant la remarque de M. *Louis*, est d'autant plus facile que la maladie approche plus de sa terminaison.

Le son peut être parfaitement normal dans toute l'étendue de la poitrine.

La sonorité peut être augmentée quand il existe une caverne superficielle vide, et que le parenchyme pulmonaire qui l'entoure n'est pas induré ; quand un emphysème s'est développé autour des tubercules, ou quand une caverne s'est ouverte dans la plèvre, et qu'il s'est produit une pneumo-thorax.

Chez un grand nombre de phthisiques, le bruit respiratoire est parfaitement normal ; chez d'autres il est plus intense ; il peut être plus faible, ou dans toute l'étendue de la poitrine ou dans quelques points seulement ; il peut manquer entièrement dans quelques points ou dans une certaine étendue.

La respiration bronchique n'a lieu que quand il y a induration du parenchyme pulmonaire autour des tubercules, ou agglomération de ceux-ci. La respiration caverneuse se montre quand il y a formation de cavernes ; elle peut être intermittente.

Le gargouillement est le signe le plus certain du ramollissement des tubercules et de la formation des cavernes ; on l'entend souvent dans l'inspiration ordinaire ; d'autres fois il faut que le malade tousse pour qu'il se produise : il peut être continu ou intermittent.

La fièvre commence rarement avec la maladie chez les phthisiques ; mais , à mesure que les tubercules font des progrès , elle se montre d'abord par intervalles ; ensuite elle revient plus souvent , presque toujours dans la nuit , vers le matin ; elle s'accompagne de chaleur à la peau et de malaise général. Lorsque les cavernes se creusent , les redoublemens deviennent plus fréquens ; ils peuvent présenter les trois stades des fièvres intermittentes. La sueur qui suit la chaleur est le plus souvent partielle , occupe le cou , la tête , la partie supérieure du tronc , et surtout la face antérieure du thorax : elle est plus ou moins abondante.

Les sueurs sont rares quand les tubercules sont encore à l'état de crudité ; elles deviennent de plus en plus fréquentes à mesure que la maladie fait des progrès ; elles cessent quelquefois pendant un certain temps , pour reparaitre ensuite ; quand elles se suspendent , c'est en général d'un bon augure. On voit quelques phthisiques qui n'en ont jamais.

La face est en général pâle chez les phthisiques ; la rougeur des pommettes , contrastant avec la pâleur générale que l'on observe chez quelques-uns , n'existe que pendant un certain temps , après lequel elle disparaît à mesure que la maladie s'avance.

Chez les femmes phthisiques , la menstruation devient d'abord irrégulière au début de la maladie ; puis elle se supprime , et est remplacée par une leucorrhée abondante , qui fatigue beaucoup les malades. Dans quelques cas , après avoir été supprimées , les règles reparaissent pendant quelque temps : il en résulte alors un soulagement marqué.

On a dit que la grossesse enrayait la marche de la phthisie ; mais il paraît qu'il n'en est pas toujours ainsi , car M. *Andral* cite plusieurs

cas dans lesquels la maladie a parcouru toutes ses périodes pendant cette époque. (Leçons orales.)

Des parens phthisiques peuvent-ils transmettre leur maladie à leurs enfans ? L'observation prouve malheureusement que très-souvent il en est ainsi ; non pas que le germe de l'affection soit transmis directement du père à l'enfant, mais celui-ci apporte en naissant une singulière prédisposition à devenir phthisique, et chez lui la maladie se développera à un âge moins avancé que chez son père.

Quant à la contagion de la phthisie, aujourd'hui personne ne doute de sa non-existence, malgré l'opinion contraire de *Morgagni*.

La phthisie est-elle susceptible de guérison ? *M. Andral* est pour l'affirmative ; il pense qu'elle peut avoir lieu de trois manières : 1°. par cicatrisation des cavernes ; 2°. par transformation des tubercules en concrétions tophacées ; 3°. par résorption des tubercules : ce dernier mode de guérison est purement hypothétique, aucun fait ne le prouve rigoureusement.

Quant au traitement de la phthisie, de nombreux spécifiques ont tour à tour été vantés contre cette terrible affection : l'aconit, le goudron, le lichen d'Islande, l'acide hydrocyanique, le chlore, l'iode ont été employés, suivant les uns, avec succès, et suivant d'autres, sans aucun effet salutaire.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulieri menstuis deficientibus sanguis ex naribus profluens, bono est. *Sect. 5, aph. 32.*

II.

Qui spumantem sanguinem despuunt, iis ex pulmone educitur. *Ibid., aph. 13.*

III.

Frigida, velut nix, vel glacies, pectori sunt adversa, tusses movent, sanguinis eruptiones et destillationes efficiunt. *Ibid., aph. 24.*

IV.

Ex sanguinis sputo, puris sputum, malum. *Sect. 7, aph. 15.*

V.

Autumnus tabidis malus. *Sect. 3, aph. 10.*

VI.

Duobus doloribus simul abortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect. 2, aph. 46.*

